

胃・大腸内視鏡 問診票

ID _____ 様 年 月 日

検査や治療を安全に行うために以下の質問にお答えください。

1. 身長 _____ cm, 体重 _____ kg
2. 高血圧 なし・あり (薬: _____)
3. 糖尿病 なし・あり (薬: _____)
4. 脳梗塞 なし・あり (薬: _____)
5. 心臓病 なし・あり (薬: _____)
(狭心症・心筋梗塞・不整脈)
- 70歳以上の方: 半年以内に心電図 無・有 (特定健診・他院・不要)
6. 喘息 なし・あり (薬: _____)
7. 緑内障 なし・あり (薬: _____)
8. 肝臓病・腎臓病 なし・あり (薬: _____)
9. 前立腺肥大 なし・あり (薬: _____)
10. 腹部の手術 なし・あり
(盲腸・胃・大腸・胆のう・子宮・卵巣・その他)
11. その他の病気 なし・あり (病名: _____)
(薬: _____)
12. アレルギー なし・あり (薬: _____)
13. 歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか? なし・あり
14. 妊娠の可能性 なし・あり, 授乳は していない・している
15. 胃カメラ予定の方
ピロ菌検査歴 なし・あり (+・-)
ピロ菌除菌歴 なし・あり→成功 (年前) ・不成功

以下はご記載いただかなくて結構です

- 抗凝固薬内服 なし・あり ⇒ 内容確認 ⇒ 休薬 なし・あり
・ 7日: アスピリン (バファリン), パナルジン, エパデール
・ 4日: ワーファリン, プレタール
・ 3日: ペルサンチン, コメリアンコーワ, ロコルナール・ケタス
・ 2日: アンブラーグ, セロクラール
・ 1日: ドルナー, プロサイリン, オパルモン, プロレナール

胃ガソ検診結果
郵送 ・ 次回受診時

- 紹介状 あり・なし
(紹介元: _____)

 **七草** ファミリー
クリニック

〒430-0911 静岡県浜松市中区新津町40-1-101
TEL:(053)462-7793, FAX:(053)462-7792